

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde de pessoas portadoras de Hipertensão Arterial
Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS de Relvado / Rio Grande do Sul**

Eldris Rosa Cabrera Escalona

Pelotas, 2015

ELDRIS ROSA CABRERA ESCALONA

**Melhoria da atenção à saúde de pessoas portadoras de Hipertensão Arterial
Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS de Relvado / Rio Grande do Sul**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Rebeca Gusmão Soares

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

E74m Escalona, Eldris Rosa Cabrera

Melhoria da Atenção à Saúde de Pessoas Portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS de Relvado / Rio Grande do Sul / Eldris Rosa Cabrera Escalona; Rebeca Gusmão Soares, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

70 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Soares, Rebeca Gusmão, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

*Dedico este trabalho à minha família pelo apoio
brindado durante toda minha vida Profissional.
À equipe de saúde por sua dedicação e
comprometimento no trabalho feito e em especial à
comunidade de Relvado pelo acolhimento que
tiveram para com a intervenção e com a minha
pessoa.*

Agradecimentos

Agradeço à Secretária de Saúde do município de Relvado pela ajuda na execução deste projeto de intervenção, à Coordenadora da Unidade Básica de Saúde, a toda a equipe de saúde, aos gestores. Em especial, à minha orientadora do curso pelo apoio incondicional oferecido neste período no qual aprendi e compartilhei conhecimentos de grande importância para nossa profissão. Também, agradeço aos trabalhadores da Unidade Básica de Saúde, pois sem eles teria sido impossível executar a intervenção.

Resumo

ESCALONA, Eldris Rosa Cabrera. **Melhoria da atenção à saúde de pessoas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS de Relvado / Rio Grande do Sul**. 2015. 70f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente trabalho de conclusão de curso caracteriza-se como a apresentação de uma intervenção típica em Atenção Primária à Saúde na UBS de Relvado / RS, Brasil. A intervenção se desenvolveu no período de dezesseis semanas, entre os meses de janeiro e maio do ano de 2015 e teve como objetivo melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. O trabalho se desenvolveu sob as proposições do Ministério da Saúde, com os Protocolos de HAS e DM 2013 por meio do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas dentro dos eixos temáticos de qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação e organização da gestão do serviço. A intervenção para este grupo de atenção aborda aspectos relacionados à cobertura, adesão e qualidade da atenção à ação programática, registro e mapeamento de risco da população-alvo desta ação e promoção de saúde relacionada ao Programa, tornando possível alcançar os seguintes resultados: ampliação da cobertura de hipertensos para 100% (262) e de diabéticos em 100% (89). Nas comunidades foram feitas atividades de promoção da saúde relacionadas com as doenças crônicas não-transmissíveis, como a HAS e DM. Os resultados mostraram que os usuários antes da intervenção tinham distanciamento sobre o conhecimento da doença de base, o que fragilizava o processo do autocuidado. Com a intervenção, percebemos uma melhoria significativa, tanto no nível de conhecimento, como a adoção de estilos de vida saudáveis, cumprimento regular e estável dos tratamentos prescritos, com conseqüente melhoria da qualidade de vida e uma ótima preparação para evitar os riscos e as complicações destas doenças.

Palavras-chave: saúde da família; atenção primária à saúde; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão arterial.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS de Relvado / RS. 2015	48
Figura 2	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS de Relvado / RS. 2015	48
Figura 3	Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS de Relvado / RS. 2015	51
Figura 4	Gráfico Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS de Relvado / RS. 2015	52
Figura 5	Gráfico Proporção de hipertensos como orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS de Relvado / RS. 2015	55

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção primaria de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
DNCT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de apoio a Saúde da família
OMS	Organização Mundial da Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISVAN	Sistema de Vigilância Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

1	Análise Situacional	10
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	10
1.2	Relatório de Análise Situacional	11
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional ..	21
2	Análise Estratégica	22
2.1	Justificativa	22
2.2	Objetivos e metas.....	23
2.2.1	Objetivo geral	23
2.2.2	Objetivos específicos e metas.....	23
2.3	Metodologia.....	25
2.3.1	Detalhamento das ações.....	26
2.3.2	Indicadores.....	33
2.3.3	Logística.....	39
2.3.4	Cronograma.....	43
3	Relatório da Intervenção	44
3.1	Ações previstas e desenvolvidas.....	44
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	45
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	46
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	46
4	Avaliação da Intervenção	47
4.1	Resultados.....	47
5	Relatório da intervenção para gestores	60
6	Relatório da Intervenção para a comunidade	63
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	65
	Referências	66
	Anexos	67
	Anexo A – Ficha espelho frente e Verso	68
	Anexo B – Planilha de coleta de dados	69
	Anexo C - Documento do comitê de ética	70

Apresentação

O presente volume apresenta um trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), no qual apresenta a realização de uma intervenção voltada para qualificar a atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos UBS de Relvado / RS.

O trabalho está organizado em cinco partes sequenciais propostas pelo Curso dentro das Unidades de Aprendizagem. A primeira parte constitui a análise situacional produzida na Unidade 1. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, traduzida no projeto de intervenção elaborado ao longo da Unidade 2. A terceira parte traz o relatório da intervenção realizada durante 16 semanas, correspondente ao processo vivenciado na unidade 3 do curso. Na quarta parte encontra-se o material produzido na 4ª unidade do curso, compreendendo a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde. Ao término, há a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção que compreende a quinta parte do trabalho. Como elementos referenciais no volume final, há as referências e os anexos, instrumentos utilizados durante a realização do trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde na qual estou alocada está situada no município de Relvado que possui população de 2.156 habitantes. Na unidade são atendidos usuários da área urbana e da área rural. A cidade conta apenas com esta UBS para realização do atendimento da população. A infraestrutura da UBS é nova, dividida em dois pavimentos, possui sala para realização de reuniões, sala para realização de medicações e verificação de pressão, Hemoglicoteste (HGT), sala para aplicação de vacinas. A grande maioria das salas tem ar condicionado instalado.

A UBS dispõe de uma equipe composta por quatro enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, uma recepcionista, uma auxiliar de limpeza, dois médicos clínicos, dois cirurgiões-dentistas, uma farmacêutica, uma ginecologista-obstetra, uma psicóloga e uma nutricionista.

Conversando com a equipe de saúde foi informada a existência de grupos de hipertensos, diabético, idosos e gestantes na UBS. Acredito que existe um bom acolhimento para a população. Assim, respondendo ao questionário com a equipe percebi que as atividades de educação permanente realizadas com a população são: promoção de alimentação saudável, prática regular de atividade física, estilo de vida saudável, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), planejamento familiar, gestação e parto, cuidados com o recém-nascido e com os filhos, desenvolvimento infantil e cuidados com os idosos.

Faz quatro meses que iniciei meus trabalhos na UBS e estou ainda numa fase de adaptação, compreendendo a dinâmica da UBS. Deste modo, exerço meu trabalho de avaliação clínica no consultório da UBS e também nas visitas domiciliares com o objetivo de proporcionar um melhor estado de saúde da população. Pelo pouco que percebi a população tem um bom vínculo com a equipe.

Neste contexto, foi realizada uma pesquisa de satisfação com os usuários e tivemos respostas positivas em relação ao atendimento prestado na UBS. Alguns usuários realizam consultas com médicos particulares e somente vêm consultar na

UBS para renovação de receitas e troca de pedidos de exames. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) formam um grupo de apoio muito importante para propiciar a realização de palestras com a população mais carente da UBS. Assim, existe uma equipe de saúde mental, a qual trabalha em conjunto, que realiza visitas às famílias que precisam de atendimento da equipe.

A UBS tem suas limitações como a grande maioria possui, mas há um grande interesse da equipe em melhorar essas carências. Com boa vontade e empenho acredito que realizaremos um bom trabalho com a população.

1.2 Relatório de Análise Situacional

O município no qual atuo se chama Relvado e está situado no estado do Rio Grande do Sul com um total de 2.156 habitantes. Tem uma Unidade Básica de Saúde Modalidade Estratégia de Saúde da Família com duas equipes de saúde, que trabalham em conjunto, respeitando a atenção à saúde da população.

Minha UBS pertence à zona urbana, possui vínculo com o Sistema Único de Saúde e com as instituições de ensino. O modelo de atenção adotado é o de ESF, que conta com uma equipe de saúde composta por 02 médicos, 02 enfermeiros, 04 técnicos de enfermagem, uma recepcionista, uma equipe de saúde bucal composta por 02 odontólogos, mas não contamos com técnica de saúde bucal, temos ainda 05 ACS e uma auxiliar de serviços gerais, além de um fisioterapeuta, uma psicóloga, uma fonoaudióloga, um nutricionista, uma auxiliar de farmácia, 05 motoristas e o pessoal administrativo. Quanto às condições estruturais da minha UBS, contamos com um ambiente adequado para a recepção e arquivos de prontuários, uma sala de espera com capacidade para 25 pessoas, uma sala de reuniões, 03 consultórios de enfermagem, uma sala para realização de coleta de citopatológico, 02 consultórios médicos, 02 sanitários para funcionários, 02 sanitários para os usuários, com adaptação para usuários com necessidades especiais, também tem uma sala para vacinas, uma sala de curativos e uma sala para nebulização, um consultório odontológico, farmácia, sala de esterilização, uma cozinha, abrigo para resíduos sólidos e líquidos e depósitos de lixo contaminados. Meu município não possui Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Sendo assim, de acordo com os dados da UBS, possuímos 26 crianças menores de 1 ano, 07 gestantes com atendimento, já que o restante é acompanhada

na rede privada, 295 hipertensos, 89 diabéticos e 555 idosos maiores de 60 anos, sendo que 248 idosos são do sexo masculino e 307 são do sexo feminino.

O atendimento desenvolvido pela nossa equipe é acolhedor, humanizado e livre de discriminação, é preservada a confidencialidade de toda informação pessoal. Os usuários podem passar nas consultas com acompanhantes. A relação de minha equipe de saúde com os usuários da área adstrita é boa, minha equipe oferece serviço de qualidade para a nossa população.

Nossa comunidade é muito participativa em eventos de promoção da saúde e a nossa equipe responde bem às demandas da população que é sempre bem participativa e preocupada. Esse processo aumenta a nossa responsabilidade e nos permite estabelecer um respeito contínuo pela manutenção desse serviço, assim como exigir também o cumprimento de todas as normas estabelecidas para um bom desempenho de nosso trabalho.

Compreendo que uma boa atenção primária de saúde é a chave do êxito, a parte preventiva sempre superará a parte curativa, se realizada de forma efetiva. Um ponto importante em nossa USB é que existe um conselho local de saúde, o que ajuda muito a desenvolvermos um trabalho comprometido, existe uma representante de minha USB nesse conselho, uma agente comunitária de saúde que participa ainda das reuniões do conselho municipal de saúde. Na área de abrangência de minha USB existem igrejas e escolas, nas quais podemos desenvolver trabalhos, incentivando o pessoal a ajudar no processo de consolidação do conselho local, e o mais importante, orientando a participação da comunidade sobre a solução dos principais problemas de saúde. É muito importante também, realizar atividades de educação popular em saúde para promover a participação da comunidade e promover a realização de atividades físicas coletivas.

Em nossa UBS realizamos todas as semanas e todos os turnos consultas para usuários hipertensos e/ou diabéticos, gestantes, crianças e já começamos a trabalhar também com o grupo de adolescentes, muito importante já que também é um grupo de risco. Estamos incentivando a nossa comunidade, através das atividades com esses grupos de risco, nas visitas domiciliares e palestras, além de atividades realizadas nas escolas, que incentivam a mudar hábitos de vida prejudiciais para a saúde, tais como: tabagismo, alcoolismo, sedentarismo,

obesidade e drogas ilícitas. Sendo assim, devemos oferecer estilos de vidas saudáveis, só assim cumprimos nosso objetivo com a comunidade.

Eu trabalho na USB de Relvado, a qual foi reformada há dois meses. Minha USB é bem definida na área de abrangência e, além disso, temos mapeadas todas as áreas em um mapa geográfico. Contamos com 05 micro-áreas definidas por bairros, cada uma delas é atendida por um ACS. Temos uma só equipe de trabalho e todas as áreas possuem cadastro com prontuários individuais e por família.

Na UBS existe uma sala específica para coleta de material para análise clínica. Não existe um sistema de reposição de mobiliário nem de equipamento. Todas estas dificuldades em minha UBS impedem o desenvolvimento do trabalho. Com a participação de toda minha equipe de saúde fazemos um inventário para pedir ajuda a prefeitura de nosso município nestes aspectos negativos para nossa UBS.

Outra das dificuldades que temos em nossa UBS é que não contamos com consultas de um pediatra e só uma vez ao mês de uma especialista em gineco-obstetrícia. O horário para começar a trabalhar é de 7:30h às 11:30h e depois das 13:00h às 18:00h da tarde. Às 7:30h a recepcionista retira fitas para o atendimento com o médico e em caso de que pegue algum usuário com uma emergência, é atendido a qualquer hora. Todos os dias de tarde são feitas visitas às casas de usuários que agendam este tipo de consultas, já que por problemas de saúde não podem deslocar-se à UBS.

Em minha UBS, a disponibilidade de equipamentos e instrumental é suficiente em condições satisfatórias de uso. Existem irregularidades, por exemplo: não contamos com antropômetro para crianças, de microscópio, oftalmoscópio e recipientes para coleta de escarro, este último se indica, mas não faz em nossa ESF. Em contrapartida, temos pinard e estetoscópio. Em minha UBS contamos com um consultório odontológico no qual é satisfatória a disponibilidade e suficiência dos equipamentos e instrumentos que encontramos. Também existe um sistema de manutenção e reposição de equipamentos, instrumentos e mobiliário e a reposição de material de consumo. Mas é insatisfatório, o que dificulta nosso trabalho com equipamentos; a falta de manutenção tem causado perda de aparelhos que são necessários para a UBS.

A informatização em nossa UBS funciona bem, já que contamos com computadores e notebook com acesso à internet. Atualmente temos problemas com

a iluminação da UBS, já foi informada esta problemática na secretaria de saúde, mas já temos conseguido uma resposta certa. O abastecimento de materiais e insumos necessários para o desenvolvimento das ações em minha UBS também é boa. Uma dificuldade que afeta nossa ESF é a falta de medicamentos, neste momento. Existem muitos medicamentos em falta, que são usados por usuários com doenças crônicas. Essa escassez está afetando nosso trabalho e o interesse do usuário por participar em atividades como palestras, consultas de risco que são agendados todos os meses. Tampouco contamos com a disposição de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos.

O Programa Nacional de Imunização funciona em minha UBS de maneira satisfatória, já que são aplicadas todas as vacinas do calendário do Programa Nacional. Também outro ponto que eu considero favorável é que se realizam os seguintes exames: teste rápido de gravidez e outros como: Anti HIV I e II e HBsAg. Temos acesso a todo tipo de exames complementares para apoiar o diagnóstico e a depender do tipo de exame que são indicados, tem um período de espera, em ocasiões de 30 dias ou mais..

As visitas domiciliares são agendadas para os usuários que precisam de assistência domiciliar, através dos ACS (anteriormente se fazia pelo próprio telefone da UBS). No caso de usuários acamados, as visitas também são realizadas, sendo visitados todos os usuários e as notificações se fazem por todos os membros da equipe.

Na UBS é realizado o Acolhimento coletivo: no primeiro momento do funcionamento da unidade toda a equipe se reúne com os usuários que vieram à unidade de saúde por demanda espontânea e, nesse espaço coletivo, é desenvolvido um momento de escutas e conversas com eles (se necessário ou mais apropriado, essa escuta é feita num consultório). Além do acolhimento, aproveita-se a ocasião para explicar à população o modo de funcionamento da unidade e o processo de trabalho das equipes, bem como se realizam atividades de educação em saúde. Para todos os profissionais da equipe poder estar no acolhimento coletivo e atenderem aos casos agudos identificados, é necessário que o agendamento seja feito por hora marcada, não sendo agendados usuários para o início do turno. Após o momento de acolhimento coletivo realizado pela equipe, para garantir acesso aos usuários que cheguem durante o turno, segue-se o trabalho com outra modelagem de acolhimento associada.

O acolhimento coletivo é realizado todos os dias, nos turnos de manhã e à tarde, todos os usuários em minha UBS tem suas necessidades acolhidas e só tem que esperar o tempo estimado de 5 a 10 minutos. Minha equipe de saúde conhece a avaliação e classificação de risco biológico e vulnerabilidade para definir o encaminhamento da demanda do usuário. Quanto à organização do atendimento à demanda das ações programáticas de saúde da mulher, realizamos atendimento de pré-natal todos os dias da semana e em todos os turnos, embora se programem consultas para gestantes, são atendidas a qualquer hora que elas chegarem à UBS. Não existem gestantes fora da área de cobertura de minha UBS. O atendimento de pré-natal é realizado por toda a equipe: enfermeiro, médico da família, médico ginecologista-obstetra, odontólogo, técnico de enfermagem. Após a consulta de pré-natal, a gestante sai com a próxima consulta programada, agendada.

Na UBS existe um protocolo de atendimento de pré-natal produzido pelo Ministério da Saúde publicado em 2012 e todos os profissionais que realizam atendimento pré-natal utilizam este protocolo. Em minha UBS o número estimado de gestantes para minha área é de 6 o que representa 100% de cobertura também é desenvolvido todo tipo de ação no cuidado com as gestantes, minha equipe de saúde realiza atividades com grupos de gestantes, mensalmente, às terças-feiras e 100% (6) das gestantes cadastradas participam destes grupos.

Em minha UBS, temos o protocolo de atendimento ao puerpério atualizado produzido pelo Ministério de Saúde e é utilizado por todos os profissionais que participam de atendimento. O número estimado de puérperas na área é de 3 , é necessário aprimorar o atendimento a esse público em alguns pontos, principalmente em relação à avaliação do estado psíquico e de intercorrências, em que nenhuma puérpera foi avaliada

Na atenção à Saúde da criança, quanto ao total de crianças menores de um ano residentes na área de abrangência e 26 para ter um 100% de cobertura e qualidade. A forma de registro feita na UBS permitiu o preenchimento desta parte do Caderno de Ações Programáticas. Em minha UBS se realiza atendimento de puericultura para todos os grupos etários de crianças menores de 12 a 72 meses. Este tipo de atendimento é agendado e programado em meu posto, mas se uma criança é trazida à consulta, a mesma é atendida em qualquer dia da semana e em qualquer turno. Não temos crianças fora da área de cobertura de nossa UBS. É muito importante que depois da consulta de puericultura, a criança saia da UBS com

a próxima consulta programada, agendada. Também existe oferta de atendimento para crianças de 0 até 72 meses de idade com problemas de saúde agudos, mas não contamos com excesso de demanda deste tipo.

Em minha UBS, temos o protocolo de atendimento de puericultura atualizado, produzido pelo Ministério de Saúde que é utilizado por todos os profissionais que participam de atendimento de puericultura. Também são desenvolvidas ações no cuidado às crianças na puericultura como: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, saúde mental, imunizações, prevenção de anemia, violência, promoção do aleitamento materno, teste do pezinho, entre outras. É também utilizada a classificação para identificar crianças de alto risco. Sempre é solicitada a caderneta da criança nos atendimentos e são discutidos temas importantes sobre o desenvolvimento da criança com a família.

Quanto ao Câncer do colo de útero e Câncer de mama, as ações de prevenção e promoção da saúde são estratégias fundamentais, não só para aumentar a frequência e adesão das mulheres aos exames, como para reforçar sinais e sintomas de alerta, que devem ser observados pelas usuárias. Além de abordagens para grupos específicos (por exemplo, gestantes, mães de crianças em puericultura, idosas), é fundamental que os processos educativos ocorram em todos os contatos da usuária com o serviço de saúde, estimulando-a a realizar os exames de acordo com a indicação. A realização do citopatológico ocorre na própria unidade básica, podendo ser realizado durante a consulta ou em agendamentos específicos para esse fim. No posto de saúde, o total de mulheres entre 25 e 64 anos é de 594 para um indicador de cobertura de 100% e o indicador de qualidade também coincide com a estimativa de cobertura.

Quanto ao Câncer de mama, o total de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área, que é acompanhada na minha UBS para prevenção de câncer de mama é de 223 para um indicador de cobertura de 100%, também coincide a estimativa do indicador de qualidade no Caderno de Ações Programáticas (CAP). Sobre o controle do câncer do colo de útero em minha UBS são realizadas ações de educação da mulher para realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino e se realiza através da coleta de exame cito patológico uma vez na semana nas terças em qualquer turno, mas se alguma mulher precisar realizar por orientação médica, no outro dia se faz. Não existem mulheres fora da área de

cobertura. A coleta de exame citopatológico é geralmente realizada por uma enfermeira da UBS, mas se for preciso pode ser feito pelo médico.

Todos os profissionais de minha UBS aproveitam seu contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar prevenção do câncer do colo uterino. O tipo de rastreamento do câncer do colo de útero que se utiliza é o organizado, já que as mulheres que pertencem a este grupo etário são destacadas e convocadas para esse dia da semana que se faz o exame. Existe o protocolo de prevenção do câncer do colo de útero atualizado e que é utilizado por todos os integrantes de minha equipe para o caso que precisar.

Quanto ao câncer de mama em minha UBS são realizadas ações de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama e são realizadas ações de rastreamento do câncer de mama (exame clínico de mamas e/ou solicitação de mamografia), o rastreamento do câncer de mama é realizado todos os dias da semana e acontece em todos os turnos. Não existem mulheres fora da área de cobertura de minha UBS que realizam rastreamento do câncer de mama. As ações de rastreamento do câncer de mama são realizadas pelo médico e o enfermeiro. Todos os profissionais aproveitam seu contato com as usuárias para verificar a necessidade de realizar as ações de rastreamento do câncer de mama. O tipo de rastreamento do câncer de mama utilizado em minha UBS é organizado, mas também se utiliza oportunamente, já que se aproveita o dia em que se chega uma usuária ao posto.

Existe o protocolo de câncer de mama, também atualizado e é utilizado por todos os profissionais. Nos últimos três anos foram identificadas 02 mulheres com mamografia alterada, que foram acompanhadas de acordo com o protocolo. É importante a realização das reuniões que fazemos com toda a equipe de trabalho para qualquer problema que exista solução.

Quanto ao tema Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus em minha UBS formam parte do programa de doenças crônicas não transmissíveis que são priorizados nas UBS. De acordo com o CAP, o total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na minha área na UBS é 482, para um indicador de cobertura de 100%. O total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na minha área é de 89 para um indicador de cobertura de 100%. São realizadas também na UBS, as ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores de HAS e/ou DM, também são realizadas ações para o controle do peso corporal deles e ações

de estímulo à prática regular da atividade física. Estes usuários são orientados sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabagismo. Em minha UBS se realiza atendimento de adultos com HAS e com DM todos os dias da semana e em todos os turnos. Não temos adultos fora da área de cobertura de minha UBS e todos os integrantes de minha equipe de trabalho participam do atendimento dos adultos com HAS e DM.

Deste modo, após a consulta, o adulto com HAS e/ou DM sai com a próxima consulta programada agendada, além das consultas programadas para acompanhamento da HAS e/ou DM, existe também demanda de adultos para atendimento de problemas de saúde agudos devido a HTA e/ou DM. Não contamos com excesso de demanda. Em minha UBS existe protocolo de atendimento para usuários portadores de HAS e/ou DM e são desenvolvidas ações no cuidado aos adultos portadores de HAS e/ou DM como: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal e mental, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo. Os atendimentos dos adultos com HAS e/ou DM são registrados em prontuário clínico, também na ficha de atendimento odontológico, ficha-espelho de vacinas. Os profissionais de saúde da minha UBS explicam como reconhecer sinais de complicações da HAS e/ou DM.

Também existe o Programa HIPERDIA do Ministério da Saúde e o responsável pelo cadastramento dos adultos no Programa HIPERDIA é o enfermeiro e o médico da UBS. Minha equipe de saúde realiza atividades com grupos de adultos com HAS e/ou DM no âmbito da UBS, deste modo, são realizados pelo menos um grupo de adultos com HAS e/ou DM por mês e o percentual que participa de grupos dos adultos é de 100%, é assim nas maiorias dos encontros participam mais não sempre. Todos os integrantes de minha equipe de trabalho participam das atividades de grupo e as reuniões de minha equipe de trabalho são realizadas com a qualidade requerida, onde são resolvidas todas as inquietudes encontradas durante a semana.

Sob outra perspectiva, temos boa cobertura de cadastramento de usuários hipertensos e diabéticos, mas também se faz busca ativa de usuários faltosos. Todos os dias de tarde se faz visitas domiciliares pelo médico e enfermeira da UBS e se procuram usuários faltosos, além disso, os agentes comunitários de saúde também fazem a busca ativa destes usuários. Também há atendimento

programado quanto à saúde bucal todas as terças de manhã e à tarde, os usuários são atendidos depois das palestras. Eles passam na consulta com o médico onde se faz exames de rotina que eles precisam e também passam à consulta com o odontólogo em meu posto de saúde.

Já que a maioria dos usuários que procura passar por consulta pertence ao grupo de idosos, estes são mais vulneráveis às doenças em função do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais como da visão, da capacidade de deambulação, que determinam também diminuição da autonomia. Por isto, o atendimento a esta população, foca intensamente na preservação da funcionalidade, na preservação de sua autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida.

Em minha UBS, se realiza atendimento de idosos todos os dias da semana e isto acontece em todos os turnos, não existem idosos fora da área de cobertura que realizam atendimento em minha UBS. Todos os integrantes da equipe de trabalho participam do atendimento de idosos. Também após a consulta, o idoso sai da UBS com a próxima consulta programada agendada. Além das consultas programadas, existe demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos e em outros casos, não existe excesso de demanda. Em meu posto de saúde existe protocolo de atendimento para idosos produzido pelo Ministério de saúde e atualizado. Todos os profissionais da UBS de saúde que precisem utilizar este protocolo, tem este instrumento de trabalho à sua disposição. Em minha UBS, são desenvolvidas ações no cuidado aos idosos como: Imunizações, promoção da atividade física e de hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde bucal. Estes usuários são atendidos pelo odontólogo no dia da consulta destes grupos de manhã e à tarde, também se faz promoção da saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral e de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo.

Os atendimentos dos idosos são registrados no prontuário clínico, no formulário especial, na ficha de atendimento odontológico entre outros. Os profissionais de saúde de meu posto, explicam ao idoso e aos familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como: a HAS, DM e Depressão. Na Unidade de RELVADO, existe a caderneta de saúde da pessoa idosa que é solicitada nos

atendimentos. O responsável pelo preenchimento dela é o enfermeiro e o médico. Também é seguido o Estatuto do Idoso na realização de atividades com estes grupos de usuários no âmbito da UBS. É realizado em média por mês na UBS, um grupo de idosos e participam 100% dos que são convocados. O Centro de referência de Assistência Social (CRAS) também realiza atividades com os idosos para assim melhorar a qualidade de vida destas pessoas. Todos os profissionais participam destas atividades de grupo e também se realiza cuidado domiciliar aos idosos pelo grupo de trabalho.

Em minha UBS nos reunimos uma vez ao mês para tratar este tema e qualquer dúvida se chama na secretaria de saúde se não poder ser resolvido por nossa equipe. Em meu município contamos com um especialista de geriatria para os idosos, o qual faz atendimento todos os dias de manhã e de tarde. Os dados fornecidos são atuais, em minha UBS os ACS fazem atualização dos cadastros semanalmente.

A equipe de Saúde Bucal composta por dois odontólogos atende a todos os usuários todos os dias da semana pela manhã e à tarde. Pela manhã são dadas 20 fichas para serem atendidas e à tarde 05 fichas. Uma vez ao mês, se fazem ações programadas em escolas para garantir este tipo de atendimento aos estudantes. Também em uma mesma consulta se realiza mais de um procedimento (aplicação de flúor, restauração, profilaxia ou extração). A realização de mais de um procedimento por consulta reduz os números de consultas necessárias para concluir os tratamentos. A média de procedimentos clínicos por habitante/mês na minha UBS foi de 1,5%. Nossa equipe reúne periodicamente para discutir o tema de saúde bucal e com certeza planejamos as ações em conjunto e o cronograma é compartilhado, os grupos prioritários são programados nas consultas para dois dias da semana, terças e quartas-feiras à tarde e em caso de que o usuário passe por um problema agudo também é atendido em qualquer turno de trabalho.

A atenção à saúde bucal é bem desenvolvida e não existem queixas nenhuma por parte dos usuários.

Na Unidade de Saúde tem algumas limitações quanto à referência e contra referência já que não contamos com os especialistas e são um pouco demoradas o que dificulta o atendimento. Em coações não contamos com o transporte necessário para sair a fazer visitas domiciliares outras das coisas que ajuda a população.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Comparando o texto da situação da ESF/APS em meu serviço da segunda semana de ambientação com o relatório da análise situacional, cheguei a conclusão que neste momento já tenho melhor conhecimento sobre a situação da minha UBS, sobre o processo de trabalho da minha equipe sobre a saúde dos usuários e suas doenças, melhor conhecimento acerca do funcionamento do sistema de saúde no município.

A análise situacional proporcionou uma reflexão de toda a equipe sobre a estrutura da unidade, sobre as práticas exercidas nas diversas ações programáticas realizadas na unidade, sobre o engajamento público e acolhimento dos usuários. Com isso, posso dizer que atualmente, em conjunto com as autoridades de saúde, a equipe de saúde tem resolvido algumas das situações que existiam, mas ainda temos que continuar trabalhando intensamente para melhorar ainda mais a situação da ESF/APS no município. Sabemos que a tarefa não é nada fácil, mas em conjunto, os problemas e a diversidade de situações que aparecem no caminho poderiam ser resolvidos.

Enfim, posso dizer que temos outro olhar desde o início do trabalho na UBS até o momento e que este programa de especialização é muito útil, pois nos fornece ferramentas para enfrentar os problemas identificados, para reorganizar o processo de trabalho e melhorar o nosso trabalho na comunidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para estas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são importantes fatores de risco das doenças cardiovasculares. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, apud BRASIL, 2013 a p. 19). A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. O Diabetes Mellitus (DM), que é muito prevalente em todo o mundo. De acordo com Alfradique (2009 apud BRASIL, 2013 b, p. 19) o Diabetes Mellitus é “um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares”. Segundo Brasil, (2013 b. p.19), “as complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbi-mortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde”.

Investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos, principalmente quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da

medicina moderna. Se for possível prevenir e evitar danos à saúde do cidadão, este é o caminho a ser seguido.

Ademais, no município de Relvado, Rio Grande do Sul, houve grande influência dos hábitos italianos, devido à colonização. Portanto, é costume de grande parte da população se alimentar com comidas mais pesadas, como embutidos (salame, copa, presunto), queijo, massas, ingerir bebidas como o vinho, além do costume de apreciar o churrasco (carne assada).

Neste sentido, por entender que estes hábitos podem comprometer a saúde e qualidade de vida da população escolhemos esta ação programática para agir junto aos usuários com hipertensão e diabetes, trabalhando de forma integral, acompanhando-os no tratamento, na alimentação, na prática de exercícios físicos e na terapia psicológica.

Para começar um trabalho complexo assim, que envolve muitas áreas e muita dedicação tanto dos profissionais quanto dos usuários, afinal mudar hábitos de vida não é fácil, nós temos que sistematizar nossas ações. Por isso a idéia é iniciar a intervenção com metas quantificadas em valores mais modestos, até porque não temos como prever com exatidão alguns problemas que possam aparecer pelo caminho e não adiantaria assumirmos metas ousadas, se não tivermos governabilidade para atender todos os pré-requisitos indispensáveis para promover a melhoria desta atenção.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus cadastradas na Unidade Básica de Saúde Relvado do município de Relvado, Rio Grande do Sul.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa HIPERDIA.

Meta 3.1: Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7: Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido em 16 semanas na UBS de Relvado / RS para melhorar a atenção à saúde de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus cadastradas na UBS. O público alvo desta intervenção serão os adultos maiores de 20 anos de idade portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 100 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 100 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Monitorar e avaliar 100% de hipertensos e/ou Diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da ESF Relvado. Para realizar esta ação eu vou avaliar nas reuniões da equipe conjuntamente com os Agentes Comunitários de Saúde o comportamento do cadastramento, as dificuldades que se apresentam e as possíveis soluções para realizar as ações descritas.

Eixo Organização e Gestão do Serviço.

Garantir o registro, acolhimento adequado, garantir material (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica e glicosímetro) para os usuários portadores de HAS e /ou Diabetes Mellitus da ESF. Para dar saída a estas ações realizaremos mensalmente o pedido à farmácia da secretaria de Saúde para garantir o material que precisamos conforme à quantidades de usuários do área. Além disso, é possível fazer o pedido através da Enfermeira da ESF, mensalmente, para garantir os registros que precisem.

Eixo de Engajamento Público:

Informar a comunidade sobre a existência do Programa, sobre a importância de aferir a pressão, rastreamento de DM e fatores de risco. Para dar saída a estas ações realizaremos palestras na comunidade para dar a conhecer a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que

135/80 mmHg assim como os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe da ESF Relvado acerca do protocolo de HAS e Diabetes Mellitus. Para dar saída a esta ação prepararei palestras para capacitar a equipe no cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos, para verificação da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Também aos ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado e exames laboratoriais a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da ESF Relvado e monitorar os hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico. Para

dar saída a esta ação serão revisados mensalmente os prontuários clínicos individuais e avaliaremos as ações executadas.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Definir as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e/ou diabéticos da área, organizar a capacitação e atualização dos profissionais de acordo com os protocolos de HAS e Diabetes Mellitus (2013).

Garantir a solicitação dos exames complementares e estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados e manter um registro das necessidades de medicamentos e atendimento odontológico dos usuários hipertensos e /ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Organizar a agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Para dar saída a estas ações serão avaliadas conjuntamente, com a cirurgiã-dentista e enfermeira da equipe, as necessidades presentes na ESF e serão debatidas com os gestores da Saúde, para garantir uma atenção de qualidade destes usuários. Garantir os protocolos e capacitar a equipe, além de atualizar os temas de saúde presentes.

Eixo de Engajamento Público:

Orientar os usuários e à comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou diabetes, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, sobre a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade dos mesmos. Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso e orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Durante a realização das palestras na comunidade, aproveitaremos o espaço para falar sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou diabetes, da importância da saúde bucal assim como a importância do cumprimento do esquema de tratamento adequado.

Eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos, avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. Realizamos esta ação mensalmente com a equipe, no qual realizamos atualizações e capacitações para garantir o seguimento adequado dos hipertensos e diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa HIPERDIA.

Meta 3.1: Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Esta ação, já se vem realizando desde que comece a trabalhar na unidade de saúde, com a avaliação dos prontuários clínicos individuais.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Organizar visitas domiciliares para buscar os usuários hipertensos e/ou diabéticos faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos e os diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Nas reuniões da equipe serão organizadas em conjunto com os ACS as visitas domiciliares e consultas para os usuários que não comparecerem ao serviço.

Eixo de Engajamento Público:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas e esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Já estamos levando

esta ação, pois estamos realizando atividades, na comunidade, sobre a importância de realização das consultas e sua periodicidade e a prevenção de complicações destas doenças.

Eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e /ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na ESF Relvado.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Manter as informações do SIAB atualizadas, implantar a ficha de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Eixo de Engajamento Público:

Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, se necessário. Foi descrita nos parágrafos anteriores.

Eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabéticos e para o registro adequado dos

procedimentos clínicos em todas as consultas. Já descrita em capacitação das equipes.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo de monitoramento e avaliação:

Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação de estratificação de risco por ano.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Eixo de Engajamento Público:

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento regular e esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7: Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Eixo de monitoramento e avaliação

Monitorar a realização de orientação nutricional, de atividade física, orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos e monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e/ou diabéticos. Em todas as consultas, grupos e conversas com os usuários são oferecidas orientações sobre esses temas com o objetivo de promover saúde e prevenir complicações das mesmas.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, orientação de atividade física, orientação do risco de tabagismo e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade e organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Será discutida com os gestores a presença de nutricionista pelo menos uma vez por mês em nossa área. Em cada consulta individual se realizam atividades de promoção de Saúde e prevenção de doenças.

Eixo de Engajamento Público:

Orientar aos hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudáveis, da prática de atividade física regular, risco de tabagismo e o tratamento para abandoná-lo e sobre a importância da higiene bucal. Em nossa área realizamos palestras com os grupos e a comunidades sobre as doenças crônicas deste tema além da alimentação saudáveis, prática de atividade física, riscos de tabagismo e saúde bucal.

Eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde e para oferecer orientações de higiene bucal com ajuda do cirurgião-dentista.

2.3.2 Indicadores

Para mensurar o nosso trabalho neste projeto adotamos vários indicadores que serão contabilizados ao longo destes quatro meses de projeto para termos um norte do efeito que nossas ações estão tendo sobre os usuários. Estes indicadores compreendem dados coletados sobre áreas como a cobertura, quantos usuários estão sendo atendidos, sobre qualidade, se os usuários estão com os exames em dia, adesão, sobre quantos usuários estão faltosos, registro, se os dados dos usuários estão sendo corretamente anotados, avaliação de risco, sobre as avaliações de risco cardiovascular dos usuários, promoção a saúde, quantifica quantos usuários receberam orientação sobre alimentação, exercícios e tabagismo.

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1 Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 4 Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8 Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3 Melhorar adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa HIPERDIA.

Meta 3.1 Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1 Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2 Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2 Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1 Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2 Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1 Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3 Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4 Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5 Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5 Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6 Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6 Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7 Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8 Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção a Hipertensão e Diabetes Mellitus vamos adotar os Cadernos da Atenção Básica. Estratégias para os

cuidados das pessoas com doenças crônicas: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Utilizaremos o prontuário clínico destes usuários existente na unidade, mas como ele não contém as informações necessárias sobre o acompanhamento da saúde destes usuários assim como os indicadores necessários para o monitoramento da intervenção a equipe elaborou uma ficha complementando (ficha-espelho disponibilizada pelo curso) todos estes dados como a classificação do risco, exames clínico e laboratoriais, avaliação bucal, vacinas, orientações sobre promoção de saúde, tratamento médico, além do retorno à próxima consulta. Nos propomos alcançar com a intervenção um 100% de índice de cobertura pelo que precisamos de um livro ata onde serão anexadas estas informações, para o preenchimento dos dados do acompanhamento, também serão utilizados os prontuários e fichas de cadastramento da população total da área de abrangência, a equipe fará contato com a associação do bairro e a comunidade onde informaremos sobre a existência das ações da intervenção. Explicaremos a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos pelo menos anualmente.

Para organizar o registro específico da intervenção, um membro da equipe capacitado e eleito revisará o livro de registro semanal disponibilizado na unidade, e os prontuários clínicos destes usuários, identificando todos hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço nos últimos três meses, e transcreverá todas as informações disponíveis para o livro criado pelo enfermeiro e o médico e que serão discutidas nas reuniões da equipe uma vez ao mês, ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, vacinas, exames clínicos e laboratoriais em atraso

Após discutir e fazer definição do foco de intervenção com a equipe iniciaremos a intervenção com a capacitação de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, para que a equipe toda utilize esta referência na atenção aos usuários portadores destas doenças quanto ao manejo e acompanhamento dos mesmos, verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, assim como a realização do hemoglicoteste, e como deve orientar ao usuário sobre as alternativas para obter acesso a

medicamentos da Farmácia Popular\Hiperdia. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservado uma hora ao final da reunião semanal da equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Para aumentar o cadastro e adesão à consulta dos usuários com hipertensão e diabetes é preciso aumentar as atividades educativas com a população e as frequências das visitas domiciliares, para isto contaremos com o apoio dos Agentes Comunitários orientarão em cada visita domiciliar sobre a importância de uma alimentação saudável, assim como prática de exercícios físicos regular, sobre os malefícios do tabagismo e a existência de tratamentos para abandonar o mesmo, importância da higiene e avaliação frequente da cavidade bucal, além da consulta de acompanhamento e realização frequente de exames complementares, sobre a existência da intervenção, além da frequência e horário das consultas de atendimento semanais.

O acolhimento destes usuários que buscarem o serviço será realizado pelas enfermeiras com as técnicas de enfermagem, priorizando sempre aqueles com atrasos na consulta programada, os avaliados como de alto risco, com problemas agudos de saúde e os que buscam agendamento para a consulta de acompanhamento. Os usuários sairão da unidade com a próxima consulta agendada.

Dentre as ações realizadas nas consultas de acompanhamento destes usuários, está um exame físico, incluindo a verificação de pressão arterial, dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) para o cálculo do IMC, a avaliação do risco cardiovascular e também a avaliação da saúde bucal. Nas consultas feitas, a necessidade de atendimento odontológico é grande, apesar de contarmos com dois dentistas na unidade de saúde o tipo de atendimento odontológico que se oferece é por demanda espontânea. Para organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico a equipe em conjunto com a equipe de saúde bucal tem planejado como estratégia dar

atendimento a 8 pacientes com hipertensão semanal e 4 com diabetes, os quais serão agendados previamente pela equipe de saúde.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade na igreja da área de abrangência e apresentaremos a proposta da intervenção, esclarecendo primeiramente sobre a existência do programa na UBS, a importância da consulta de acompanhamento regular, e sobre a atenção prioritária a estes usuários, assim como solicitaremos o apoio da comunidade para a identificação dos que estão atrasados na consulta programada. Também, todos os meses compartilharemos nas reuniões com a comunidade os indicadores de qualidade, os faltosos ao retorno programado, e estado do programa.

É importante a pesquisa de sinais e sintomas das complicações destes usuários pelo qual o enfermeiro e o médico capacitarão os ACS na avaliação de risco para ambas as doenças, a importância do registro desta avaliação, assim como conhecimento das medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação, para isto, cada 15 dias nas reuniões da equipe disponibilizaremos uma hora onde o enfermeiro e a médica abordarão o tema. A equipe nas ações de saúde realizadas na comunidade duas vezes ao mês abordará estes temas para facilitar a identificação dos usuários com maior risco e assim estabelecer um acompanhamento diferenciado dos mesmos, realizaremos registro no livro ata os quais serão monitorizados duas vezes ao mês nas reuniões da equipe, dos usuários que recebam estas orientações.

A equipe em conjunto com os gestores da unidade temos proposto manter todas as condições necessárias para atender às necessidades da população da nossa área adstrita, contamos com os materiais e recursos necessários e suficientes para o desenvolvimento destas ações. Contamos com o apoio dos representantes da comunidade.

Ao final de cada mês a equipe analisará os resultados da intervenção pelos dados do arquivo específico criado por nós e que uma das integrantes da equipe atualizará e informará para avaliar os resultados do programa.

2.3.4 Cronograma

[illegible]

3 Relatório da Intervenção

A intervenção que visou qualificar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS Relvado RS, aconteceu entre os meses de janeiro e maio do ano de 2015. A intervenção teve início no dia 30 de janeiro de 2015 e o quarto mês finalizando em 21 de maio de 2015. O projeto de intervenção foi organizado para a intervenção ser realizada em 16 semanas. No entanto, a intervenção foi realizada em 12 semanas por orientação da Coordenação do Curso com o objetivo de se adequar e ajustar ao Calendário da Turma 8, já que houve a realização do período de férias previstas no Programa Mais Médicos para o Brasil. As metas estabelecidas no projeto também previam a realização da intervenção em 16 semanas.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Para realizar a intervenção do trabalho de HAS e DM na UBS foi adotado o Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde número 37 de Hipertensão Arterial e número 36 de Diabetes Mellitus, ambos do ano 2013 (BRASIL, 2013a; 2013b). Com isto, foram impressos estes documentos e orientados para estudos da equipe da UBS. Os textos foram colocados onde estão todos os outros Cadernos de Atenção Básica para que fossem utilizados por toda a equipe de saúde.

A qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde foi monitorada, assim como avaliada no decorrer da intervenção. No entanto, na organização e gestão do serviço foram propostas ações e cumpridas, mantendo as informações do SIAB atualizadas, implantadas as fichas de acompanhamento do curso e pactuado com a equipe de saúde o registro das informações. Toda a equipe foi responsável pelo monitoramento dos registros de usuários hipertensos e diabéticos. Neste sentido, foi criado um sistema de registro que viabilizou situações quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de exames complementares e na realização de estratificação de risco cardiovascular.

Foram atualizados os prontuários eletrônicos e as fichas espelho disponíveis para cada um dos usuários hipertensos e diabéticos. Em cada reunião da equipe foi feito o monitoramento das ações realizadas e os dados contidos nas fichas foram sendo digitados na planilha eletrônica de coleta de dados pelo médico da equipe de saúde da UBS, cadastrando 262 usuários com hipertensão arterial e 89 diabéticos com mais de 20 anos de idade que sofrem destas doenças.

Todo usuário hipertenso ou diabético que procurou a UBS com queixa de quadro agudo foi atendido no mesmo dia e foram disponibilizadas vagas para esses atendimentos em forma de acompanhamento.

Os usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus foram acolhidos na UBS pela recepcionista da Unidade Básica de Saúde e encaminhados para o consultório da técnica de enfermagem. Como rotina, a técnica de enfermagem verificava os sinais vitais, realizava hemoglicoteste e/ou antropometria. Assim, foram registrados nos prontuários eletrônicos dos usuários hipertensos ou diabéticos. Os dados da avaliação de risco cardiovascular, exame clínico (exame físico completo, peso, altura, avaliação da cavidade oral, ausculta cardíaca e pulmonar, pele e pés), foram registrados pelo médico nas consultas. Os exames complementares foram solicitados e avaliados pelos médicos da UBS.

Os ACS identificaram os usuários acamados que não conseguiram se deslocar até a UBS e informaram nas reuniões feitas pela equipe. Nesta direção, foi feito um cronograma e avaliados os usuários nas visitas domiciliares pela enfermeira e médico da equipe de saúde, em concordância com a coordenadora da Unidade Básica de Saúde.

Nas comunidades foram feitas atividades de promoção da saúde relacionadas com as doenças crônicas não-transmissíveis, como a HAS e DM. Também, foram realizadas capacitações (palestras de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus nas reuniões de trabalho da equipe) e atualizações dos profissionais da equipe de saúde nos cadastros de usuários e/ou usuárias hipertensas e diabéticas sobre os dados da intervenção em geral.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Durante a intervenção não foi desenvolvida a cobertura de 100% do programa de atenção ao hipertenso na UBS, não foram cadastrados todos os usuários hipertensos da área de abrangência da UBS e, portanto, não foi monitorado o total do número de hipertensos com exame laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade básica de saúde. Houve fragilidade na comunicação à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, particularmente para o maior alcance dos usuários com dificuldade de locomoção e/ou acesso dificultado ao Serviço.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

As principais dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção foram usuários que não ficavam cadastrados nos registros da UBS e dados incompletos nos prontuários individuais. Embora isto tenha sido presenciado, foi havendo o fechamento com sucesso das planilhas de coletas de dados a partir dos preenchimentos adequados das fichas espelho com a premissa e a consideração da Equipe para ser parte da funcionalidade da intervenção que se executou.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A incorporação das ações da intervenção na UBS aponta continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso. Assim, serão revisados os prontuários individuais dos usuários hipertensos e diabéticos de forma sistemática para avaliação clínica segundo o que recomenda os protocolos de MS, com solicitação de exames complementares, semestralmente, realização de busca ativa de indivíduos acamados para visita domiciliar e atividades de promoção à saúde e de engajamento público com reuniões periódicas, dando atenção ao registro das informações.

Deste modo, se fosse realizar a Intervenção neste momento, desenvolveria mais espaços de reunião com a equipe, gestão e com a comunidade nos diferentes bairros da área de abrangência da UBS. Assim todos conheceriam mais a respeito da intervenção e poderiam auxiliar na incorporação das atividades da intervenção.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A nossa intervenção em Atenção Primária à Saúde visou à qualificação da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na USF Relvado, município Relvado, RS. A avaliação da intervenção contribuiu para desenvolver a análise do processo, envolvendo aspectos pertinentes da Atenção Básica contextualizada com a intervenção e os enfrentamentos da equipe com a execução das atividades de qualificação do programa.

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

A população de hipertensos com 20 anos ou mais registrada na UBS era de 262 e a população de usuários diabéticos de 89. O objetivo específico de ampliar a cobertura de atenção a hipertensos e/ou diabéticos teve como metas ampliar a cobertura de atenção a 100% de hipertensos e 100% de diabéticos. Assim, com o indicador Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde, conforme a Figura 1, obteve-se no mês 1 da intervenção 11,8% (31 usuários), no segundo mês: 21,8% (57), no mês 3: 67,6% (117) e no mês 4, atingimos o percentual de 100% (262). Nota-se que o indicador de cobertura da atenção foi crescendo gradativamente e alcançou o percentual de 100% de cobertura dos usuários. Coisa que não aconteceu nos primeiros meses devido a recente início das atividades envolvidas no trabalho.

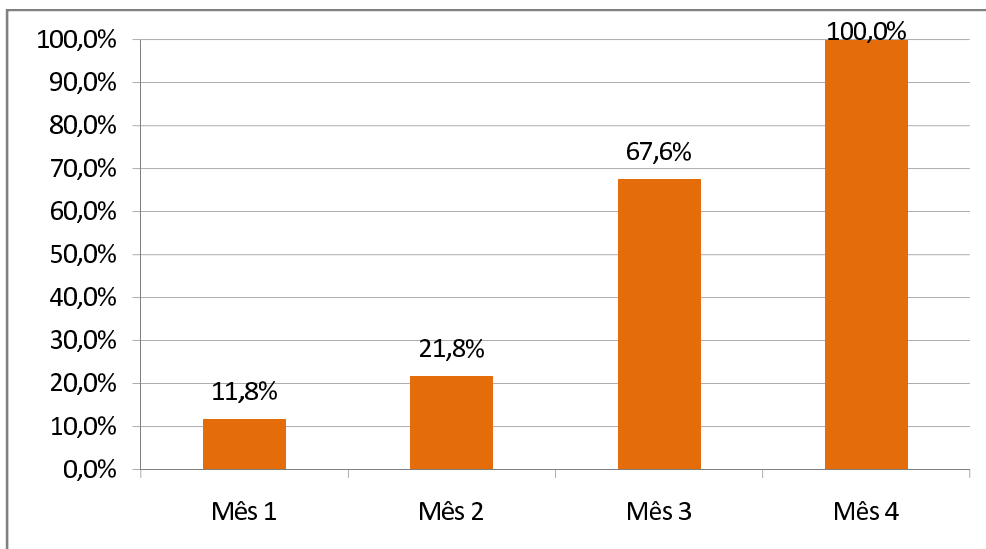


Figura 1 Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS de Relvado / RS. 2015

Tendo o indicador de cobertura do programa de atenção ao diabético, conforme a Figura 2, no mês 1, cadastramos 15 (100%), no mês 2 foram 19 (100%), no mês 3 foram 34 (100%) e no mês 4 foram 89 (100%).

Este resultado evidencia que a intervenção conseguiu ter uma cobertura de um 100 % de usuários diabéticos dos 100% propostos na meta.

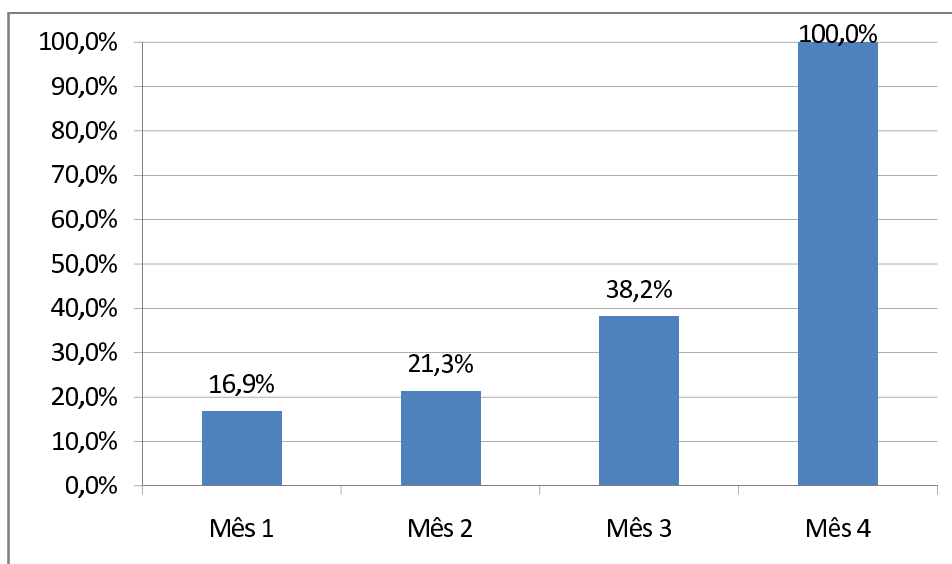


Figura 2 Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS de Relvado / RS. 2015

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Ao longo da intervenção foi realizado o exame clínico em cada atendimento individual a todos os usuários cadastrados, uma vez que essa avaliação nos permitia conhecer cada usuário e oferecer uma avaliação integral para evitar e tratar oportunamente as complicações. No primeiro mês foram examinados 31 (100%), no segundo 57(100%) e ao terceiro 117 (100%) e no mês 4 262(100%) dos Hipertensos cadastrados no programa. Alcançamos a meta estipulada em todos os meses da intervenção.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Dentro do foco da mesma meta anterior, ao se pretender realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos, tendo como Indicador a Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Alcançamos a meta estipulada em todos os meses da intervenção.

No mês 1, obteve-se 15 (100%), no mês 2 foram 19 (100%), no mês 3 foram 34(100%) e no mês 4 foram 89 (100%).

O exame clínico nestes usuários é muito importante devendo se fazer com todos os usuários com objetivo de procurar complicações da doença.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Na meta de garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo alcançamos a meta de 100% em todos os meses da intervenção . No primeiro mês foram 31 (100%), no segundo 57(100%) e ao terceiro 117 (100%) e no mês 4 262(100%) dos usuários hipertensos com exames complementares em dia.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Na meta de garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo alcançamos a meta de 100% em todos os meses da intervenção. Alcançamos a meta estipulada em todos os meses da intervenção.

No mês 1, obteve-se 15 (100%), no mês 2 foram 19 (100%), no mês 3 foram 34(100%) e no mês 4 foram 89 (100%).

Com os diabéticos o procedimento foi o mesmo que foi realizado com os usuários hipertensos. Uma vez que o usuário chegava na consulta foram avaliados os que tinham exame em dia e aqueles que não tinham foram realizados os pedidos com agendamento do retorno para que pudéssemos fazer novamente avaliação de acordo com os novos resultados dos exames.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Todos os hipertensos e diabéticos cadastrados tinham garantido o tratamento medicamentoso com a prescrição da farmácia popular, em ocasiões em que havia falta de algum medicamento na farmácia os usuários eram direcionados a outra unidade ou farmácia que tinha disponível, em outros casos foi avaliada a quantidade de medicamentos e a doses.

Alcançamos em todos os meses da intervenção a priorização da prescrição de prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a todos os hipertensos e diabéticos cadastrados.

Para os hipertensos cadastrados foram no primeiro mês 31 (100%), no segundo 57(100%) e ao terceiro 117 (100%) e no mês 4 262(100%) dos usuários hipertensos que tiveram a priorização da prescrição de medicamentos de farmácia popular.

Já, em relação aos usuários e/ou usuárias diabéticas, consolidou-se no primeiro mês obteve-se 15 (100%), no mês 2 foram 19 (100%), no mês 3 foram 34(100%) e no mês 4 foram 89 (100%) usuários diabéticos que tiveram a priorização da prescrição de medicamentos de farmácia popular.

. Esta meta também foi alcançada devido ao controle adequado de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Na meta que dispõe a realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos, sendo o indicador proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, conforme a Figura 3, no mês 1 desenvolveu-se 30 (96,8%) , no mês 2 foram 47 (82,5%) , no mês 3 foram 165 (93,2%) Finalizamos o mês 4 com 250 (95,4%) dos usuários hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico realizada.

Este indicador foi crescendo no acompanhamento dos usuários, procurando neste momento de implementação, adequar à nova demanda que surgiu no serviço. Este momento permitiu orientar sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

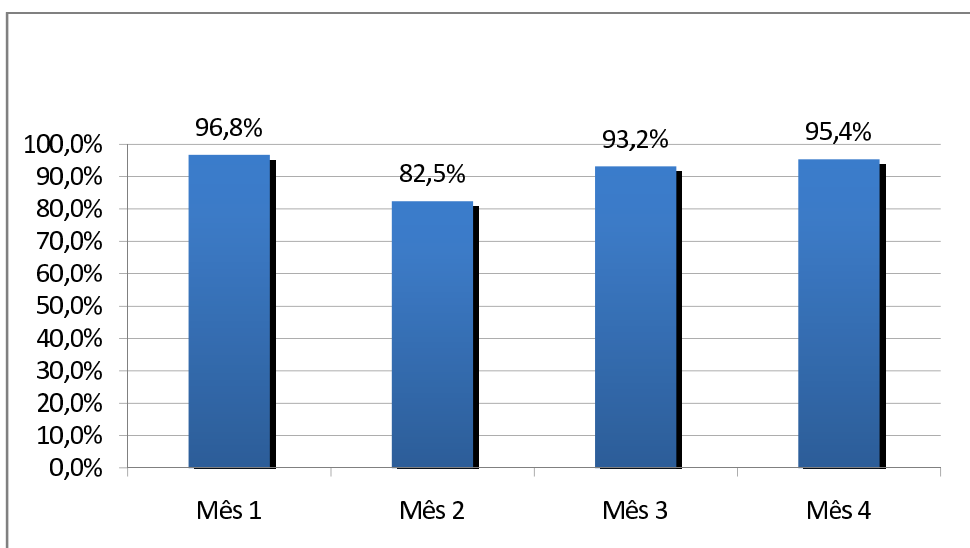


Figura 3 Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS de Relvado / RS. 2015

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

A meta que preconiza realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos, tendo como indicador a proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, consolidou-se no mês 1 em 15 (100%), no mês 2 foram 18 (94,7%), no mês 3 foram 33 (97,1%) e no mês 4 foram 88 (98,9%) (88), como destaca a Figura 4. Isto nos permitiu monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico e organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

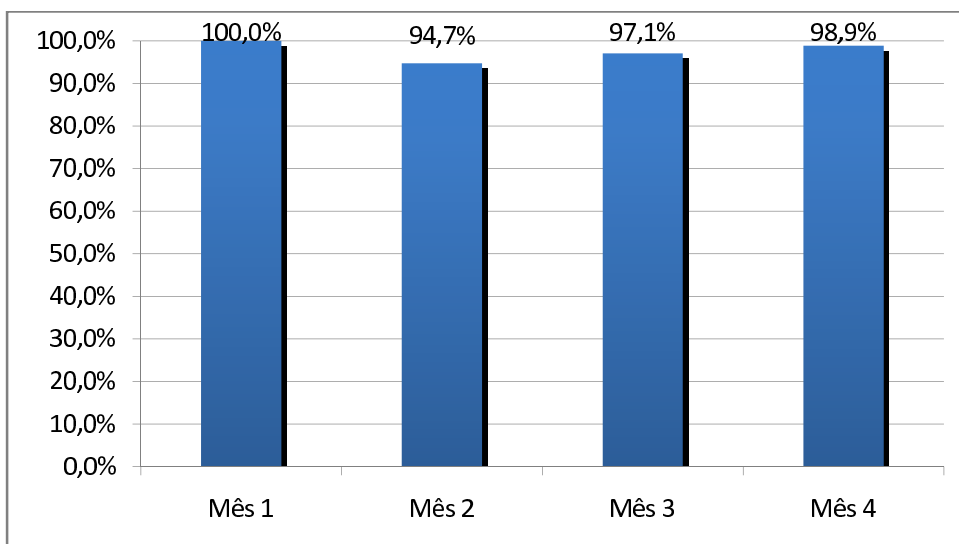


Figura 4 Gráfico Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS de Relvado / RS. 2015

Objetivo 3 Melhorar adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa HIPERDIA.

Meta 3.1 Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

No primeiro mês da intervenção tivemos 5 hipertensos faltosos à consulta clínica agendada e foram buscados 5 (100%) destes hipertensos faltosos, no segundo mês foram 5 (100%), no mês 3 foram 5 (100%) e no quarto mês finalizamos com 5 hipertensos faltosos 5 (100%) usuários hipertensos faltosos às consultas médicas e os 5 (100%) dos faltosos às consultas médicas com busca ativa realizada.

Meta 3.2 Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Em todos os meses da intervenção alcançamos a meta proposta. No primeiro mês da intervenção tivemos 6 diabéticos faltosos à consulta clínica agendada e foram buscados 6 (100%) destes diabéticos faltosos, no segundo mês foram 6 (100%), no mês 3 foram 6 (100%) e no quarto mês finalizamos com 6 diabéticos faltosos e os 6 (100%) dos faltosos às consultas médicas com busca ativa realizada.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Com o objetivo de ter um monitoramento adequado, avaliação e melhor controle do acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos durante todo o projeto foi adotado e preenchido a ficha espelho (anexo A). A todos os Hipertensos cadastrados e acompanhados preenchemos a Ficha Espelho e anotamos no prontuário clínico o atendimento realizado.

No mês 1 obteve-se 100% (31), no mês 2 100% (57), no mês 3 100% (217) e no mês 4 100% (262). A proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento foi conseguida, indicador que melhora a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Na meta de manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, tendo como indicador a proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, conseguiu-se, alcançar esta meta em todos os meses 100% esta meta em todos os meses da intervenção 100% dos diabéticos com ficha de acompanhamento adequadamente preenchida.. No mês 1 100%(15), no mês 2 100% (19), no mês 3 100% (34) e no mês 4 100% (89). Alcançamos esta meta em todos os meses da intervenção. Este também foi considerado um indicador que melhora a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Objetivo 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

O objetivo de mapeamento de hipertensos e de diabéticos em risco para doença cardiovascular teve as metas relativas à avaliação de risco em 100%. Com a meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, tendo o indicador referente à proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular, alcançamos esta meta em todos os meses da intervenção. No mês 1 100% (31), no mês 2 100% (57), no mês 3 100% (117) e no mês 4 100% (262). O número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano permite priorizar o atendimento dos cidadãos avaliados como de alto risco cardiovascular.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Na meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, tendo o indicador proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, alcançamos esta meta em todos os meses da intervenção. No mês 1 100% (15), no mês 2 100% (19), no mês 3 100% (34) e no mês 4 100% (89). O número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano permite também priorizar o atendimento das pessoas avaliadas como de alto risco cardiovascular e esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

No objetivo específico que preconiza promover a saúde de hipertensos e diabéticos, as metas foram desenvolvidas em 100%. As ações de promoção em saúde foram feitas à população-alvo da intervenção e contemplaram orientações

nutricionais sobre alimentação saudável, atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Na ação em orientação nutricional sobre alimentação saudável o indicador proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, em acordo com a Figura 5, obteve-se no mês 1 100% (31), no mês 2 100% (57), no mês 3 99,4% (176) e no mês 4 99,6% (261). Este indicador ficou bem perto da meta proposta, e permitindo orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

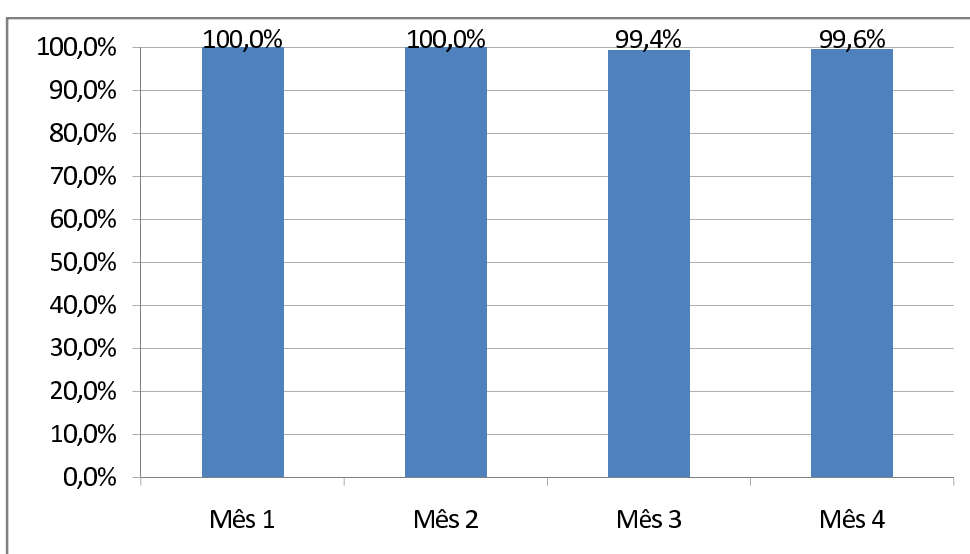


Figura 5 Gráfico Proporção de hipertensos como orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS de Relvado / RS. 2015

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

A proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, manteve-se em 100% em todos os meses da Intervenção. Conseguiu-se no mês 1 100% (15), no mês 2 100% (4), no mês 3 100% (15) e no mês 4 100% (55).

Meta 6.3 Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Na ação em orientação sobre a prática de atividade física regular, o indicador proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física, manteve-se em 100% em todos os meses da Intervenção. Obteve-se no mês 1 100% (15), no mês 2 100% (19), no mês 3 100% (34) e no mês 4 100% (89).

Meta 6.4 Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

A proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física, manteve-se em 100% em todos os meses da Intervenção. Obteve-se no mês 1 100% (15), no mês 2 100% (19), no mês 3 100% (34) e no mês 4 100% (89).

Meta 6.5: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Na ação em orientação sobre os riscos do tabagismo o indicador proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo manteve-se em 100% em todos os meses da Intervenção. Obteve-se no mês 1 100% (31), no mês 2 100% (57), no mês 3 100% (117) e no mês 4 100% (262). Quanto aos hipertensos tabagistas, eles também foram orientados sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Meta 6.6 Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

A proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, manteve-se em 100% em todos os meses da Intervenção. Obteve-se no mês 1 100% (15), no mês 2 100% (19), no mês 3 100% (34) e no mês 4 100% (89). Somando às ações de promoção em saúde nesta direção, os diabéticos tabagistas também foram orientados sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Meta 6.7 Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Na ação em orientação sobre higiene bucal o indicador proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal, manteve-se em 100% em todos os meses da Intervenção. Obteve-se no mês 1 100% (31) no mês 2 100% (57), no mês 3 100% (117) e no mês 4 100% (262).

Meta 6.8 Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

A proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal, manteve-se em 100% em todos os meses da Intervenção. Obteve-se no mês 1 100% (15), no mês 2 100% (19), no mês 3 100% (34) e no mês 4 100% (89).

Com a intervenção no programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus em nossa UBS conseguimos aumentar a cobertura de hipertensos e diabéticos atendidos, melhorou a qualidade de atenção aos pacientes cadastrados realizando exame clínico completo e realizando dos exames complementares. Também, foi garantindo que a maioria dos usuários usassem os remédios da farmácia da UBS e da Farmácia Popular. Observou-se que foram garantidas as vagas para atendimento odontológico para todos os usuários que precisaram deles, as fichas de atendimento de pacientes hipertensos e diabéticos foram preenchidas de forma adequada, foi realizada a estratificação de risco cardiovascular. Durante a intervenção, foram feitas atividades de educação em saúde com a finalidade de promover saúde dos usuários e usuárias com orientação sobre nutrição adequada, a prática regular de atividade física, orientação sobre riscos de tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

4.2 Discussão

Com a intervenção no programa de hipertensão arterial e *diabetes mellitus* em nossa UBS conseguimos aumentar a cobertura de hipertensos e diabéticos acompanhados no serviço. Assim, foi cadastrado um número maior de usuários com estas doenças, com as buscas ativas dos usuários faltosos às consultas e foi realizada pesquisa ativa na comunidade. Foi possível vislumbrar também com a

intervenção, a melhoria da qualidade de atenção dos usuários cadastrados, realizando-se exame clínico completo e os exames complementares.

Com este trabalho, foi garantido que a maioria dos usuários utilizasse os remédios da farmácia da UBS e da Farmácia Popular. Foram garantidas as vagas para atendimento odontológico para todos os usuários que precisaram deles, as fichas de atendimento de usuários hipertensos e diabéticos foram preenchidas de forma adequada, foi realizada a estratificação de risco cardiovascular, e acompanhamentos segundo seu estado de saúde. Adicionalmente, foram feitas atividades de educação em saúde com a primazia de promover saúde dos usuários com orientação sobre nutrição adequada, prática regular de atividade física, orientação sobre riscos de tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

Dos objetivos propostos em nosso trabalho desenvolvemos ações para fomentar hábitos e estilos de vida saudáveis, incorporação da prática de exercício físico sistemático de usuários hipertensos e diabéticos, colaborando para diminuir os fatores de risco associados a essas doenças crônicas não transmissíveis. Neste processo, observou-se o aumento da adesão dos usuários ao programa de hipertensão e diabetes com a realização das atividades propostas no cronograma e, dessa forma, alcançamos também a família dessas pessoas.

A intervenção foi importante para a equipe de saúde por ter propiciado um aprofundamento dos conhecimentos acerca das doenças de hipertensão e diabetes, doenças muito comuns na comunidade, assim, conseguimos organizar melhor o trabalho de forma geral. Houve uma discussão acerca das atribuições de cada profissional, segundo o Ministério de Saúde e o que é preciso ser feito em situações como o cadastramento dos usuários, seguimento, acompanhamento, tratamento da doença e suas complicações.

Estes elementos permitiram interagir mais com a comunidade, as famílias, o indivíduo doente, além de oferecer uma melhor educação em saúde, promovendo saúde para todos. Conhecer as preocupações, as necessidades mais sentidas da população acerca dessas doenças e outras originadas pelas complicações delas como insuficiência renal crônica, cardiopatias e doenças cerebrais, entre outras, e, em geral, melhorou a integração de toda a equipe no atendimento destes usuários da área da abrangência da UBS.

Conseguimos uma integração no trabalho com toda a equipe durante a intervenção, ponto importante para o serviço no atendimento destes usuários. Com

isso, foi possível melhorar a organização da UBS, já que passou a ser agendado o atendimento dos usuários, antes era costume comparecer à unidade apenas para receber os medicamentos na farmácia da UBS. E, com o agendamento, sabem quando tem que vir às consultas de acompanhamento para ter um melhor controle da doença.

A comunidade, de forma geral, não tem muito conhecimento ainda sobre a intervenção, só aqueles familiares dos usuários hipertensos e diabéticos que foram visitados pelos problemas de acessibilidade ao Serviço. Mas, o principal líder da comunidade tem conhecimento da intervenção e colabora para a ampla divulgação na região.

Neste sentido, se fosse realizar a intervenção neste momento faria diferente. Isto é, após ter realizado reuniões com a equipe e os gestores, seria feito uma reunião com toda a comunidade nos diferentes bairros da área de abrangência da UBS. Desta forma, todos saberiam a respeito da intervenção e poderíamos contar com o apoio deles.

Em relação a viabilidade de incorporar a intervenção na rotina do Serviço, devo afirmar que o programa já estava sendo feito na UBS, só que com poucos usuários. Agora, está aumentando a quantidade de usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS. Assim, pretendemos continuar com o trabalho e acompanhamento destes, para manter a cobertura e adesão ao programa de 100% dos usuários.

Os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço será incorporar toda a comunidade no programa de hipertensão e *diabetes mellitus*, com realização de palestras e atividades com o grupo de hipertensos e diabéticos, assim como criar outros grupos com a finalidade de integrar os diferentes programas na prevenção e promoção de saúde.

5 Relatório da intervenção para gestores

Exmo. Sr. Prefeito municipal,

Ilmo Sr. Secretário municipal de saúde,

A proposta de intervenção ao grupo programático de hipertensos e/ou diabéticos na Unidade de Saúde da Família Relvado foi desenvolvida no período de janeiro a maio de 2015, com objetivo de qualificar a atenção aos usuários com HAS e DM residentes na área adstrita a esta unidade, teve quatro focos: Organização do processo de trabalho, Qualificação da Prática Clínica, Engajamento Público e Monitoramento e Avaliação das ações. Para desenvolver a intervenção foi adotado o Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde número 37 de Hipertensão Arterial e número 36 de Diabetes Mellitus, ambos do ano 2013 (BRASIL, 2013a; 2013b).

A qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde foi melhorada, assim como avaliada no decorrer da intervenção. Toda a equipe foi responsável pelo monitoramento dos registros de usuários hipertensos e diabéticos, foi criado um sistema de registro que viabilizou situações quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de exames complementares e na realização de estratificação de risco cardiovascular.

Foram atualizados os prontuários eletrônicos e as fichas espelho disponíveis para cada um dos usuários hipertensos e diabéticos. Em cada reunião da equipe da semana foi feito o monitoramento das ações realizadas e os dados contidos nas fichas foram sendo digitados na planilha eletrônica de coleta de dados pelo médico da equipe de saúde da UBS, o que permitiu a sistematização da atenção.

Também foram realizadas capacitações (palestras de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus nas reuniões de trabalho da equipe) e atualizações dos

profissionais da equipe de saúde nos cadastros de usuários hipertensos e diabéticos e sobre os dados da intervenção em geral.

No projeto de intervenção traçamos objetivos, metas, ações, e indicadores para avaliação da cobertura de usuários hipertensos e diabéticos; as ações foram realizadas de acordo com o cronograma estabelecido.

A intervenção contou com a participação de toda a Equipe de saúde obtendo resultados positivos como ampliação da cobertura de hipertensos e diabéticos para 100%. Ao início da intervenção eram atendidas poucas pessoas que sofriam destas doenças na UBS e com muito afinho, a equipe da nossa unidade conseguiu alcançar essa meta de 100% de cobertura. Ademais, todos os registros dessa ação programática foram atualizados e adequados. Para qualificar a prática clínica foi garantida a realização dos exames complementares aos usuários hipertensos e diabéticos.

Vale destacar que todos os usuários hipertensos e diabéticos tem prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia representando um percentual de 100%. Ademais, foi garantida a todos os usuários a avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS.

Nesta perspectiva, buscando atender às propostas da intervenção, realizamos o rastreamento de novos casos de HAS e DM na área de abrangência de nossa unidade, obtivemos uma melhoria na cobertura destes usuários e na qualidade do atendimento prestado aos mesmos, com a identificação de usuários descompensados, realização de estratificação de risco e promoção de ações de orientação nutricional, de prática de atividade física e de prevenção do tabagismo. Destacamos assim, a importância do planejamento das ações de saúde em equipe para subsidiar melhores e mais precisas decisões na área da saúde, onde os desafios são diversos.

A intervenção propiciou à Equipe de saúde aumentar mais o conhecimento sobre estas doenças e organizar melhor o trabalho com os usuários que sofrem da doença. Através da intervenção foi possível interagir mais com a comunidade, com as famílias e com o indivíduo doente, oferecendo promoção e educação em saúde. Conhecer as preocupações, as necessidades mais sentidas da população com relação a essas doenças e outras originadas por complicações delas como insuficiência renal crônica, cardiopatias, etc.

Contudo, para prestar um atendimento mais qualificado ao hipertenso e/ou diabético, a equipe precisa de algumas adequações, como a disponibilização de equipamentos de informática, que é fundamental para o desempenho de muitas atividades, a manutenção de equipamentos como balança antropométrica, aparelho de medir PA, entre outros.

Nesta perspectiva, é preciso garantir também a acessibilidade ao material bibliográfico que instrumentaliza o profissional em suas atividades cotidianas, padronizando as condutas dos profissionais no município. Um maior envolvimento desses atores na oferta de educação permanente facilitaria as ações de planejamento em saúde nas comunidades e o enfrentamento das dificuldades identificadas pela equipe na operacionalização dos diversos programas oferecidos pela unidade de saúde.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada Comunidade,

A Unidade de Saúde da Família do município Relvado realizou uma intervenção no período de quatro meses compreendido entre janeiro e maio de 2015, em conjunto com os líderes da comunidade e dirigida aos usuários hipertensos e diabéticos de toda a área de abrangência.

Para a realização deste trabalho, foi feito um cronograma de atividades para melhorar a situação de saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, tais como: educação em saúde, importância de realizar exercícios físicos, necessidade de assistir as consultas na UBS para acompanhamento destas doenças, importância da avaliação da necessidade de consulta odontológica para manter uma saúde bucal adequada, e os danos provocados pelo tabagismo.

No eixo da organização do processo de trabalho, melhoramos o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou DM, priorizando o atendimento dos adultos hipertensos e/ou diabéticos sem acompanhamento há mais de um ano, especialmente os de maior risco para Doenças Cardiovasculares. Além disso, garantimos o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa, mantendo-o atualizado, em consonância com a proposta do eixo de Monitoramento e Avaliação dos serviços. Organizamos ainda, visitas domiciliares para buscar os faltosos, bem como a agenda da unidade para acolher os hipertensos e diabéticos descompensados, de alto risco e os provenientes das buscas domiciliares.

Soma-se a estas ações, a organização da capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde, na qual obtivemos melhoria na definição da atribuição de cada membro da equipe e na qualificação da prática clínica. Organizamos ainda práticas coletivas sobre alimentação saudável, prática de atividades físicas e prevenção do tabagismo.

Vale ressaltar que foram ofertados para a comunidade espaços de orientação sobre as medidas preventivas e de promoção em saúde, dando especial atenção à aceitação do diagnóstico e à adesão do usuário ao esquema terapêutico. Esta contribuição implicou na criação de vínculos entre cada usuário e profissional de saúde por meio de uma relação de confiança baseada na valorização da escuta e da conversa.

Soma-se ainda aos resultados positivos da intervenção, a possibilidade de organizarmos melhor o serviço, redefinindo as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e/ou diabéticos e monitorando o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo. A melhoria da atenção também pode ser percebida em outros fatores: todos os hipertensos e diabéticos cadastrados e atendidos recebem atualização dos exames laboratoriais de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, e recebem uma consulta em que são examinados adequadamente. Todas essas evoluções se tornaram possíveis por causa da integração da equipe de saúde com a comunidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O curso de especialização em Saúde da Família oferecido pela UFPel permitiu ampliar o olhar para o funcionamento do serviço e a organização do processo de trabalho da nossa unidade com os questionários de análise situacional. Essa nova perspectiva implica a exigência de maior compromisso com as práticas de saúde que venho desenvolvendo na área adscrita à unidade, produzindo uma aproximação atenta da minha realidade profissional com a complexa realidade na qual intervenho.

A avaliação da unidade de saúde proposta pelo projeto de intervenção constituiu elemento norteador para enfrentar o desafio de melhorar o programa de atenção à saúde do usuário hipertenso e/ou diabético. Uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade têm início na identificação e reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e da equipe de atenção à saúde, por meio da análise situacional da unidade e análise estratégica foram produzidos significados com potencial de facilitar a mobilização de iniciativas para mudança e aprimoramento dos serviços.

Ademais, participar do Ambiente Virtual de Aprendizagem foi muito gratificante, poder freqüentar os fóruns, realizar estudos da prática clínica e mais ainda os temas da clínica, permitiu uma aproximação com o sistema de saúde do Brasil. Assim, fui tirando dúvidas de muitas doenças e incorporei à rotina da unidade toda experiência aprendida.

Assim, considero que o profissional médico deve estar inserido num processo de constante aprendizagem, a fim de propiciar uma atenção qualificada e atualizada aos usuários. Deste modo, permitiu o maior engajamento com os usuários e a aquisição de mais conhecimento sobre diferentes temas clínicos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 58p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 159 p.

Anexos

Anexo A – Ficha espelho frente e Verso



Especialização em
Saúde da Família
e Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Precisa de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não
 Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]

**Especialização em
Saúde da Família**
e Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

[illegible]

Anexo B – Planilha de coleta de dados

Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1								
	2								

O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Anexo C - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL